

## ¿Podemos hablar de equidad en el sistema sanitario colombiano?

Meneses Echavez José\*, Martínez Torres Javier\*\*, Torrado Navarro Crisanto\*\*\*.

\* Fisioterapeuta.

\*\* Departamento de Enfermería, Universidad de Pamplona.

\*\*\*Especialista en Práctica pedagógica universitaria.

### RESUMEN

La equidad es innata a todo pensamiento, proyección y ejercicio de política, es por tanto esbozado como principio y objetivo de las políticas económicas y sociales, término muchas veces confundido con la igualdad; del cual difiere al estar más relacionado con lo imparcial, en el sentido de justicia referida a una idea netamente humana, una estructura social, por tanto constituye una “cuantía social”. De esta manera, la equidad se percibe como un concepto multidimensional que comprende la igualdad de oportunidades y de acceso así como el recurso humano, la distribución del consumo y el capital. La equidad en salud busca disminuir las brechas injustas y evitables para que exista una igualdad en función de la necesidad. Las desigualdades del sistema de salud colombiano lo sumergen en una profunda crisis, frente a la cual se han venido desarrollando diferentes estrategias, en algunos casos ineficaces y con muy pocos cambios al régimen sanitario. El objetivo de este ensayo es mostrar desde una perspectiva social, la problemática que representa el no cumplimiento del derecho a la salud y el pobre desarrollo de una salud equitativa para el sistema de salud colombiano y para la población directamente afectada.

Palabras claves: Equidad en Salud; Sistemas de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud

### ABSTRACT

Equity is innate in every thought, planning and policy exercise, is sketched both principle and objective of economic and social policies, term often confused with equality, which differs to be more related to the fair, in the sense of justice referred to an idea purely human, social structure, therefore constitutes a "social level". Thus, equity is seen as a multidimensional concept comprising equal opportunity and access as well as human resources, distribution and capital consumption. Health equity seeks to reduce unfair and avoidable gaps so that there is equality in terms of the need. Inequalities Colombian health system immerse you in a deep crisis, against which they have been developing different strategies, ineffective and in some cases with very few changes to the health system. The aim of this paper is to show from a social perspective, the problems of non-compliance represents the right to health and the poor development of a health fair for the Colombian health system and for the people directly affected.

Keywords: Equity in Health, Health Systems; Accessibility to Health Services

## INTRODUCCION

La equidad y la igualdad son vistas comúnmente como sinónimos dentro del gremio de la salud y otros ámbitos. La equidad hace referencia al limitar la presencia de desigualdades en base a una perspectiva de la justicia. Esta ha sido definida como “la ausencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables” (Whitehead M. 1992). Por lo cual, la equidad dentro de un sistema de salud se convierte en un reflejo de la justicia existente, sirviendo de base a la construcción de medidas de evaluación y mejoras en un sistema de salud.

El argumento que hay detrás de la concepción de la equidad basada en el acceso a los servicios sanitarios se basa en la justicia social siendo el siguiente: el acceso equitativo y universal al sistema sanitario es necesario para asegurar la salud de la población, que es uno de los requisitos de la igualdad de oportunidades. Sin embargo, la evidencia de los determinantes sociales de la salud socava ese argumento (Sreenivasan 2007). Para que un sistema sea considerado como equitativo, este debe cumplir dos características esenciales entre las cuales se encuentran: 1. Equidad en el financiamiento, 2. Equidad en la prestación de los servicios; un sistema de salud se considera equitativo en el financiamiento en cuanto los individuos (o mejor, los hogares) contribuyen a financiarlo de acuerdo a su capacidad de pago, y sin importar su estatus de salud o sus riesgos no elegidos libremente; esta faceta de la equidad se refiere pues a la forma como se recolectan los fondos necesarios para sufragar el gasto en salud de un país (Castaño, Arbelaez & Morales 2001). Pero

esto se ve truncado desde el momento en el que la persona que más paga, más recibe, haciendo que la inequidad impere. Claro ejemplo de esto son los planes de medicina prepagada, los cuales surgen de los problemas y fallas existentes en el sistema, ya que como el sistema no cumple con su fin, el ciudadano con poder adquisitivo paga por este “bien”, mientras que los ciudadanos de bajo ingreso económico, que no tienen esta facultad, simplemente se resignan a recibir lo que el sistema les pueda brindar.

En cuanto a la prestación de servicios, a un sistema de salud se le considera equitativo en este ámbito cuando los individuos reciben atención en salud de acuerdo a su necesidad, sin importar su capacidad de pago. Adicional a esto, dicha atención es brindada por un personal altamente calificado, donde todos los usuarios son tratados sin discriminación alguna y cuentan con los recursos sanitarios necesarios para el manejo de su condición, las personas reciben una atención justa y al mismo tiempo de alta calidad (Culyer A.& Wagstaff 1993). Un punto intermedio entre la equidad en el financiamiento y la equidad en la prestación, se refiere a la forma como se distribuyen los recursos para la atención en salud de las personas pobres en un país.

En el estudio de la justicia, la equidad, sus inferencias en el campo de la salud, su relación con la atención sanitaria, es de vital importancia por parte de los ciudadanos, el conocer los derechos que la ley les otorga, en miras a lograr en ocasiones el tan anhelado acceso a las instituciones sanitarias y los servicios que estas han de brindarles.

El principio de justicia está aún muy lejos de ser respetado. Pese a que la Organización Mundial de la Salud declara, en su texto constituyente, que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social», lo cierto es que ese derecho dista mucho de cumplirse en casi todo el mundo (OMS 2010).

El derecho se entiende como la facultad de todo ser humano para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida, atendiendo a las condiciones inherentes a su naturaleza, tales como la enfermedad, dolor y otras propias de la relación salud-enfermedad. Adicionalmente, el derecho versa sobre la capacidad de hacer o exigir todo aquello que las autoridades y leyes establecen a favor de una persona o comunidad (Hernandez M 2000).

Según la perspectiva de las Naciones Unidas se considera al derecho como: “al disfrute de toda la gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el nivel posible más alto de salud” (ONU 2000) este derecho de una u otra manera obliga a los estados a proporcionar las condiciones necesarias para que los ciudadanos gocen del mejor estado de salud posible, generando condiciones o servicios que hagan factible la conservación y/o recuperación de este cambiante estado, dando de antemano que estas acciones no solo deben centrarse en los factores biomédicos, en la que están incluidas la atención sanitaria, y el sistema de salud como tal, sino también adicionando que no se puede dejar a un lado los factores

sociales de la salud, mucho más difíciles de detectar, controlar y cambiar (Puyol 2012); resaltando la importancia que tiene cuando los países logran afianzar las capacidades humanas de sus ciudadanos en todo el ciclo de vida, pues las ganancias pueden ser enormes en términos de productividad y cohesión social (Cecchini & Martínez 2011).

El pleno conocimiento sobre el derecho que se tiene es la clave por la cual un ciudadano puede ejercer reclamos en defensa propia ante una entidad superior, por ejemplo, las autoridades sanitarias. Así, para que el derecho a la salud llegue a los ciudadanos, es primordial que se cumpla con el derecho a la seguridad social; la cual, según la Ley 100 de 1993, es definida como el conjunto de instituciones y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una buena calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Congreso de la República de Colombia 1993).

La idea sobre la cual se debe fundamentar un sistema de salud consiste en que tanto la financiación como la prestación de servicios de salud sean equitativos; buscar un mejoramiento en la eficiencia tanto en la financiación como en el gasto sectorial; mejorar la calidad de los servicios de salud; y lograr sistemas de salud viables y

sostenibles, tanto financiera como políticamente (Hsiao W,C. 1998).

El informe de Desarrollo Humano Colombia 2000 (Departamento Nacional de Planeación 2001) plantea una evaluación sobre la aplicabilidad de la Ley en cuanto al aumento en cobertura, en relación con la marcada inequidad presente en el sistema nacional sanitario antes de su promulgación en el año 1993; lo cierto, es que actualmente los usuarios de los servicios de salud se ven seriamente sometidos a diferentes procedimientos y protocolos administrativos; los cuales, desgastan ostensiblemente la viabilidad y el acceso que tiene el ciudadano a la atención en salud, lo que conduce al rechazo de la búsqueda de dichos servicios y en gran parte, lleva a la ciudadanía a esperar el progreso de la enfermedad en casa, hasta puntos dramáticos y fatales.

A nivel nacional existe consenso en que el sistema de salud se encuentra inmerso en una fuerte crisis, la cual es sin duda alguna, multifactorial en naturaleza. Son numerosos y diversos los factores que han contribuido a que nuestro sistema de salud sea desangrado, desquebrajado y en ocasiones insuficiente en el cobijar a los colombianos en su derecho equitativo a la salud. En Julio de 1999, el Ministerio de Salud afirmó que a dicha fecha se contaba con un 61% de la población cubierta, lo que significa cerca de 25 millones de personas. De ellos, 8,5 millones se encontraban afiliados al régimen subsidiado y 16,6 millones al contributivo (Ministerio de Salud 1999). Dentro de los diferentes factores citados anteriormente, se deben destacar las serias inconsistencias en la asignación de recursos del SISBEN, en el

cual, lamentablemente el número de individuos adscritos cuyo nivel económico les permite adquirir otro tipo de afiliación, continua creciendo; en el régimen subsidiado, se ha comprobado que el 50 % de los afiliados pertenecen a grupos “no pobres”, mientras otro porcentaje aún mal definido corresponde a población inexistente o doblemente afiliada (Herrera V 1999). Por otra parte, las debilidades de la educación en el sector salud se convierten en una de las principales causas de la carencia y necesaria consciencia de los ciudadanos en el mantenimiento de la salud. Las evidentes irregularidades que empañan la estabilidad del sistema de salud colombiano, continúan agudizando la crisis del sector en Colombia.

Lamentablemente la situación por la que atraviesa el estado colombiano hoy en día es una mala suma del desarrollo de una serie de procesos influenciados por diferentes organismos internacionales que han ejercido presión para la formulación e implementación de políticas en la región, resultando como tal, la implementación de políticas sociales poco inclusivas, ineficientes e inefectivas y el desarrollo de complejos médico-industriales desregulados, con alto grado de autonomía, que crecieron a la sombra del Estado o abiertamente subsidiados con recursos públicos (Almeida C 2002). Produciendo en el caso colombiano separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, dejando los primeros en manos del mercado que cuenta con una libre competencia “regulada” y, los segundos, a nombre del Estado. Dicha separación se encuentra fundamentada en la teoría neoclásica de los bienes, que expresa, los

bienes privados son aquellos que implican un beneficio individual diferenciado, por el cual las personas estarían dispuestas a pagar; mientras que los bienes públicos son sólo aquellos con altas externalidades positivas o negativas, esto es, que afectan o favorecen simultáneamente a muchas personas en algún sentido (Hernandez M, 2002). Así pues, se nace de una cultura política sustentada en la fragmentación del derecho a la propiedad, que indica que la persona que tiene poder adquisitivo, obtiene beneficios, con base en su capacidad de pago, generando una clara contradicción para el sustento de un Estado Social (Agudelo 2002). Esta prestación de servicios sufre el quebranto de una de las características del derecho a la salud haciéndolo a su vez inequitativo, ya que el doble carácter de ser social e individual se ha visto resumido al recibimiento de una serie de migajas, sin que el estado se esfuerce por brindar estos dos ámbitos al ciudadano de a pie, llegando a ser otro postulado roto con relación al derecho en salud.

Las condiciones negativas como irregularidades, inconsistencias, malos manejos, débiles movimientos políticos y otros, hacen que para el régimen sanitario colombiano, la salud se vea reducida a la atención de la enfermedad, dejando de lado el proyecto enunciado en la Declaración de los Derechos Humanos de 1948. Esto es, la comprensión de la salud como un derecho fundamental progresivo y como el ideal de bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. La salud como bien va más allá de la atención de enfermedades, pero el estado ha intentado remediar este problema, que ha sido objeto

de supuestas reformas tomadas como paños de agua tibia aplicados a un enfermo terminal. Entre estas encontramos la unificación del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) que representa un acontecimiento supuestamente positivo, ya que busca que todos los usuarios tengan acceso a los mismos procedimientos, tratamientos y medicamentos, aunque es claro que llevar esto a la práctica no será nada sencillo e implica enormes retos para las entidades gubernamentales y el mismo sector salud. De esta manera, esta unificación se convierte en una valiosa oportunidad para que el sistema reciba los ajustes que garanticen que todos sus usuarios puedan acceder, de manera plena, al derecho a la salud. Esta medida de unificación implica para el Gobierno Nacional un enorme esfuerzo fiscal, una inversión mensual de \$120.000 millones de pesos y un alivio a las finanzas de las entidades territoriales, aunque se destaca que no serán exigidos recursos diferentes a los señalados por la ley y ya establecidos para el año 2012 (El Tiempo 2012).

Pero una vez emitida esta unificación, la relación dinámica entre incertidumbre y optimismo, es común entre los ciudadanos, dirigentes políticos, comités científicos y otros. Según Néstor Álvarez, presidente de la Asociación de Paciente de Alto Riesgo, el nuevo Plan Obligatorio de salud, se construyó para hacer política y no para beneficiar a la comunidad (Caracol 2012).

## **CONCLUSIÓN.**

Actualmente, si se tiene que definir si el sistema sanitario colombiano es equitativo, la respuesta más sincera sería que no, al menos si se habla del sentido estricto de la

definición de un principio amplio de equidad (Gonzalez & Perez 1998). No, mientras se pretenda someter a la población cubierta, ya sea en el régimen contributivo o subsidiado a un servicio deficiente y débil, sometido a las preferencias comerciales a las cuales se ve inmerso el concepto de salud de coste-efectividad; donde las Empresa Prestadoras de Salud (E.P.S.) siguen compitiendo por lograr la mayor afiliación posible sin pretensiones reales de mejorar la calidad de las intervenciones en salud. De esta manera, nada cambiará para los usuarios, se seguirán viendo las mismas brechas inequitativas, donde las personas de mayores ingresos económicos seguirán pagando más por mejor calidad. De tal manera, se prosigue con las mismas políticas sanitarias de fondo, como se planteó en el siglo pasado favoreciendo las políticas económicas neoliberales, reduciendo el concepto de equidad a una adaptación filosófica acorde con una conversión de la salud como un bien comercial, tal como lo planteaba Enthoven, hablando de “Competencia regulada” (Enthoven 1978); a este sistema se le considera moderno, donde el estado se libera de la obligación particular con cada ciudadano y permite que entes con fines lucrativos administren los recursos y la atención sanitaria. Tal modelo ha sido debatido por algunos expertos en economía que creen muy difícil la concepción de la salud como un bien privado (Arrow 1963 & 1965). Tal vez uno de los grandes problemas sea que el estado considere a la salud como un bien privado, lo cual es debatible desde muchos puntos de vista, pero incluso desde una perspectiva económica, la operación de

los recursos sanitarios como un bien comercial se torna algo ambigua.

La equidad es un objetivo que se escapa al ambiente sanitario colombiano. El nuevo plan de unificación del P.O.S. tiene la buena intención según la sentencia T760 de garantizar el principio de equidad, pero tal medida parece entorpecer tal vez aún más el ya discutido acceso a los servicios de salud; según Hernández y Torres se sigue “con más de lo mismo” (Hernández M. 2010), se sigue conservando la misma estructura de aseguramiento por competencia regulada, es decir se sigue manteniendo dos regímenes dependientes de la capacidad de pago como resultado de una entramada asociación entre el estado y el comercio con el primero favoreciendo al segundo tal cual fue contemplado en la ley 100 de 1993.

Todo parece indicar que contrario a una medida equitativa, el acceso a algunos servicios va ser aún más complejo debido a las nuevas arandelas burocráticas que favorecen como no a las E.P.S., por ejemplo si el paciente requiere un procedimiento no contemplado en el nuevo P.O.S. debería remitirse a un Comité Técnico Científico de la misma E.P.S. (con médicos empleados de la misma E.P.S.) que decidirá si autoriza o no el servicio, si fallan en contra del usuario este tendrá que dirigirse a la Junta Médica de Pares de la Superintendencia Nacional de Salud y si esta junta de expertos encuentra que no hay justificación dentro de la “*evidencia científica*” y el “*Coste-efectividad*” para la atención que claro esta debe corresponder a lo escrito en la “*guías y protocolos*” del Instituto de Evaluación de Tecnologías Médicas en ese caso y solo ahí

tendrá la posibilidad de interponer una tutela ante la E.P.S.. Cabe destacar que esta nueva medida de unificación del P.O.S. ha sido motivo de controversia por diferentes entidades, como comités científicos, delegados políticos, profesionales de la salud, entre otros.

La equidad en salud corresponde a un concepto amplio, el cual considera a la salud como un bien de naturaleza pública que debería ser financiado no solo por recursos internos (los originados por los pagos por aseguramiento en salud) si no también por recursos externos (los originados de otras fuentes de ingresos estatales como los impuestos, que no tiene relación directa con la salud), donde el estado debe intervenir directamente; en primer lugar, para asegurar la cobertura universal (*que no se ha cumplido*) y que todos los ciudadanos sin distinción alguna puedan acceder a los mismos servicios de alta calidad que promuevan la salud, prevengan la enfermedad y desarrollen políticas públicas para mejorar el entorno biopsicosocial de la población en general. Tales afirmaciones donde el estado sea un ente benefactor rompen con las directrices de la dinámica económica en la que Colombia se mueve hacia un gobierno sin intervención directa en

estos asuntos, donde solo actúa como ente de control; lo que llevaría a críticas como las que aseguran que se desangrarían las finanzas públicas si se destinan recursos más amplios para cumplir las exigencias del sector salud, esto implicaría tener que prescindir de las E.P.S., lo cual en la práctica es poco probable que ocurra, siendo un tema de profundo debate por todos los actores sanitarios y las ramas del poder público, que implicaría reformas constitucionales de fondo, en lo cual muchos expertos en la materia concuerdan (Gonzales 2002). Las actuales condiciones del régimen sanitario nacional no permiten una plena cobertura de su población, ni una calidad de atención acorde a las necesidades gremiales del país. La ley 100, la unificación del P.O.S. y las diferentes decisiones políticas que se han venido adoptando en el ámbito sanitario, son motivo de numerosas por parte de diferentes sectores; pero tal vez, el debate y las soluciones tendrán que darse incluso por fuera de la misma norma, pero lo que debe quedar claro es que esas soluciones deben incluir implícitamente el propósito de favorecer que el sistema sanitario colombiano en un futuro sea enfocado hacia una práctica comprometida con el principio amplio de la equidad en salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arrow Kenneth. (1963) Uncertainty and welfare economics of medical care. American economics review. No.53 (154-155).

Arrow Kenneth. (1965) Uncertainty and welfare economics of medical care. A reply,

American economics review., No.55 (154-158).

Caracol, Unificación del P.O.S.no convence. Disponible en: <http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/unificacion-del-pos-no-convence/20120710/nota/1719802.aspx>; Consultada el 10 de Julio de 2012

Castaño Ramón Abel; Arbeláez José J. (2001) Morales Luis Gonzalo; Evolución de la Equidad en el Sistema Colombiano de Salud; Naciones Unidas.

Cecchini Simone; Martínez Rodrigo; (2011) Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile.

Culyer A.J., Wagstaff A. (1993), Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*. 12:431-57.

Departamento Nacional de Planeación social, (2000) Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Desarrollo Humano Colombia. Bogotá, Alfa Omega S.A. Mayo 2001, p. 101-104

EL TIEMPO. Estos son los retos de la unificación del Plan Obligatorio de Salud <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11990418>. Consultada el 5 de Julio de 2012.

Enthoven AC (1978). Consumer choice health plan: A National Insurance proposal based on regulated competition in private sector. *N Engl J. Med.*; Two parts, 298 (12,13): 650-658; 709-720

Franco Agudelo, Saúl (2002); La Salud Pública Latina Hoy, Enfoques y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública; Memorias Cátedra Manuel Ancizar; Editorial Universidad Nacional de Colombia

González Jorge, Pérez Francisco, (1998) Salud para los pobres en Colombia: de la planeación central a la competencia

regulada. *Coyuntura social*, N0. 18 (149-143).

González, Jorge I. (2002) Salud y seguridad social: Entre la solidaridad y la equidad.

Gerencia y Políticas de Salud., Vol. 1 No 002. Hernandez Álvarez Mario (2000) El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Rev. salud pública*. 2 (2): 121 -144, 2000

Hernandez Álvarez Mario (2002) Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*, vol. 18, n.4, pp. 991-1001.

Hernandez Álvarez Mario (2010) Nueva reforma en el sector salud en Colombia: Portarse bien para la salud financiera del sistema. Diciembre 2010, *Medicina Social*. Vol. 5 No.4.

Herrera V. (1999) Régimen subsidiado de salud: evolución y problemática. *Rev. Salud Pública*; 1 (3): 193-211

Hsiao W,C. (1998), Financing health care in developing countries. In: The World Bank Institute, the Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing. The World Bank, Wanshington, D.C.

Ministerio de Salud. (1999) Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes, 1998–1999. Santafé de Bogotá.

Organización de las Naciones Unidas (2000); Comité de derechos Económicos, Sociales Y Culturales, Observación General



No 14; El derecho al disfrute del más alto nivel, posible en salud.

Organizacion Mundial de la Salud (2010). World health statistics. Geneve.

Puyol Ángel (2012); Ética, equidad y determinantes sociales de la salud; Gaceta Sanitaria; ;Volumen 26; Número 2

Congreso de la República, Ley 100 de 1993; Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993.

Sreenivasan G.(2007) Health care and equality of opportunity. The Hastings Center Report;37:21–31 .

Whitehead M. (1992) The concepts and principles of equity in health. Int J Health Serv; 22: 429-445.